

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René, Jean-Marie MINAUD

Né le 31 mars 1903 à St-Gildas-des-Bois (Loire-Inférieure)

Interne des Hôpitaux de Nantes

LA

MORPHÉE EN GOUTTES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

77A

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René, Jean-Marie MINAUD

Né le 31 mars 1903 à St-Gildas-des-Bois (Loire-Inférieure)
Interne des Hôpitaux de Nantes

LA

MORPHÉE EN GOUTTES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médecine-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène.	N..
Médecine légale	BAITHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIERRE . . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.

MM.

HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ(Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

MM.

REPTERER . . . Histologie.
 TANON . . . Pathologie médicale.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	} Clinique chirurgicale.	GOUGEROT . . .	} Clinique médicale.
AUVRAY . . .		LERI	
CHEVASSU . . .		MOCQUOT . . .	} Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE . . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ . . .	
LEREBoullet . . .	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital St-Louis

*Qui nous a fait l'honneur de bien
vouloir présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. BUREAU

Professeur à l'Ecole de Médecine
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin des Hôpitaux de Nantes

*Qui nous a donné l'idée de cette
thèse et aidé de ses conseils.*

A NOS MAITRES

MM. LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS

OLLIVE, GUILBAUD (*in memoriam*), G. SOURDILLE,
E. BUREAU (*in memoriam*), GAUDIN, FAVREUL,
JAN-KERGUISTEL, DURBIN, MÉRINE, GENDRON,
THIBAUT, G. BUREAU, GROSSE, LEROUX.

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'élève, l'externe ou l'interne.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous nous proposons au cours de ce travail de rassembler les articles qui furent publiées durant ces dernières années sur la Morphée en gouttes, espérant, grâce à leur concours, pouvoir présenter une étude complète et mise au courant des conceptions nouvelles.

Nous croyons d'abord nécessaire de donner un aperçu sur les origines de la Morphée et nous sommes frappé en abordant son problème historique, de la longue carrière de ce terme médical. Ce qui va suivre nous montrera aussi combien sa signification fut pendant des siècles confuse, rattachée à telle affection puis à telle autre ; nombreuses furent les idées qui varièrent à son sujet et il fallut arriver jusqu'à notre époque pour que son emploi devint plus précis.

I. — HISTORIQUE

Si nous remontons aux âges les plus lointains sur lesquels il nous soit parvenu quelques renseignements, nous remarquons que la Morphée fut identifiée à la lèpre, terreur de l'antiquité et surtout du moyen âge. Le vitiligo connut aussi la confusion avec celle-ci. Bref, la nosologie de ces époques anciennes nous semble totalement manquer de clarté. Nous laissons sur ce point parler Dom Sauton dans son *Traité sur la léprose*. « Il est incontestable, dit-il, qu'il faut arriver au xix^e siècle pour trouver une description exacte de la léprose en tant que léprose ; auparavant toutes les dermatoses sont confondues, la léprose est l'une d'elles ; comme ses manifestations sont très diverses, on l'assimilait tantôt au vitiligo, tantôt à la morphée, tantôt à la pachydermie ». Hippocrate lui-même ne comprenait-il pas sous un même nom, toutes les affections squameuses ». Pour confirmer cette opinion, nous ferons mention d'un article très curieux du P^r Dubreuil et du D^r Bargues sur la lèpre de la Bible. Ils font remarquer que dans les prescriptions du Lévitique, le terme « Zaraath » désigne un nombre indéterminable

d'affections cutanées que l'on croyait alors contagieuses comme nous le montrerons bientôt et qui tombaient sur le coup des prescriptions du Lévitique. Après avoir pris connaissance du chapitre xiii de ce dernier livre, nous trouvons aux versets 2 et 3 une description d'une maladie de peau qui ne désigne rien de net et nous n'avons plus aucun doute à croire que la Morphée qui peut répondre à cette description y fut englobée.

Dans la suite, la lecture des vieux traités nous montre que le terme de Morphée était autrefois communément employé et comme beaucoup de ces mots vétustes, il porte aujourd'hui l'empreinte de théories depuis longtemps disparues. N'est-ce pas d'ailleurs leur sort commun ?

L'historien le plus ancien qui en fasse mention est Hérodote et nous sommes obligés pour la compréhension de ce qui va suivre d'anticiper et de faire connaître quels étaient selon les Arabes les différentes variétés de Morphée. Elle était de deux sortes, je les nomme pour ne pas compliquer la question sous leur nom grec : l'alphos et la leuci. Ceci connu, voici ce que nous apprend Hérodote : « En Perse, dit-il, si quelque citoyen vient à être affecté de lèpre ou de leucé, il ne lui est pas permis de rentrer dans la ville, ni d'avoir des relations avec d'autres Perses ». Ce document nous prouve suffisamment l'identification de la morphée avec la lèpre et la croyance ancienne à sa contagiosité.

Maintenant si nous glanons au hasard des textes tout ce qui a trait à la Morphée dans ces deux formes : alphos et leucé, nous trouvons ces conceptions les plus bizarres et les plus inattendues.

« La leucé, dit l'auteur des Prophétiques, appartient aux maladies les plus graves comme aussi la maladie dite phénicienne ». Ici la leucé nous semble ne pas se rattacher à la Morphée que nous connaissons actuellement bénigne ou bien la Morphée est conçue d'une façon tout autre qu'à notre époque.

Hippocrate nous laisse une description de l'alphos, mais bien simpliste et qui semble cependant n'avoir pas vieilli car elle se base sur l'observation. « L'alphos, dit-il, est une maladie de la peau caractérisée par des taches blanches » ; ceci nous apparaît en effet toujours vrai mais demande des précisions.

Galien apporte sa contribution à l'étude de la pathogénie de l'alphos et de la leucé. Si nous l'en croyons, « l'alphos est une affection contre nature avec changement dans l'état des solides, il y en a deux espèces l'une blanche causée par la pituite, l'autre noire due à l'Atrabile ».

Nous trouvons dans Celse, par contre, un exposé qui tend à assimiler la morphée au vitiligo. Nous résumons le passage qui en parle :

« Le vitiligo, dit-il, bien que sans danger aucun est cependant d'un aspect assez répugnant et indique une mauvaise disposition dans l'économie ». Il en distingue trois espèces :

L'alphos-blanc rude au toucher, non continu, mais dispersé *comme par gouttes* quelquefois s'élargissant avec des intervalles.

Le mélas qui est noir comme ombré, à part cela, semblable au précédent.

La leucé qui ne diffère en rien de l'alphos que par une couleur plus blanche et qui pénètre plus profondément dans les tissus, à son niveau, les poils sont blancs comme de la laine.

Les deux premiers naissent et reparaissent en différents temps. La leucé se distingue par sa ténacité, aussi est-elle à peu près incurable. La curabilité se reconnaissait à cette épreuve, selon Celse, « piquez et incisez pour voir s'il sort du sang ». Au premier siècle avant Jésus-Christ, le médecin qui pique la plaque blanche et la voit saigner pouvait poser avec certitude le diagnostic de leucé.

Les Grecs au début de l'ère chrétienne essaient de mettre en parallèle quelques affections de la peau dont la lèpre, dans l'intention d'apporter un peu de clarté. « La lèpre, dit Archigènes, cité par Ætius, diffère de l'alphos parce qu'elle est rude au toucher et prurigineuse », diagnostic différentiel rapidement fait !

Puis Ætius et Paul d'Egine reproduisent plus tard et à quelque chose près les distinctions de Celse et les théories de Galien.

Nous possédons encore une définition de la Morphée qui nous est donnée ainsi par l'Ecole de Salerne : « Infirmitas unni color in alium mutatur ». Toujours la même imprécision se remarque.

Toutefois, lorsque les théories des auteurs arabes se font jour et apportent le renouveau dans les idées médicales d'Occident, la clarté y gagne et ils nous laissent une conception de la Morphée qui, bien que nous pa-

raissant désuète aujourd'hui, persiste néanmoins jusqu'à l'époque moderne.

Voici en quoi elle consistait selon les principaux auteurs arabes Haly-Abbas, Avicenne, Averoes, Mesue traduits et commentés par Constantin de Carthage dit l'Africain. Elle consistait principalement en une altération de l'aspect et de la couleur de la peau, produits par des taches cycloïdes et arrondies. On en distinguait deux espèces : La Morphée blanche (*Morphea alba plana*) et la Morphée grecque dite aussi brune ou noire.

La première, constituée par des taches disséminées en gouttes à la surface de la peau, est la seule présentant quelque intérêt. Ces taches bien distinctes n'étaient nullement proéminentes quelquefois même un peu déprimées. Les poils conservaient leur coloration normale. Le premier degré de cette variété nous le trouvons désigné sous le nom d'alphos ou plus souvent dans les livres arabes sous le nom de barras ou d'albarras. Au second degré, la morphée devenait la leucé, affection plus sérieuse, plus invétérée, non plus bornée à la superficie des téguments mais à la chair pour parler le langage alors employé. Deux signes se trouvant dans la leucé la distinguent de la morphée du premier degré : l'altération des poils, l'atonie de la peau, toutes deux présentaient une anesthésie au niveau des plaques.

Ce tableau de la *Morphea alba* ressemble aux premières phases de la lèpre, si commune au moyen-âge, mais la lèpre est-elle bien la seule maladie qui ait servi de base à la description qui nous a été laissée de la Morphée ? Cela ne paraît pas probable et tout porte à croire que

le vitiligo, simple affection dyschromateuse et la chéloïde blanche ont apporté tour à tour leur contingent à son histoire.

Mais quelles étaient les conceptions des anciens auteurs médicaux français sur l'affection qui nous occupe ?

Elles étaient aussi simplistes et aussi confuses que par le passé. Bernard de Gordon, un des maîtres les plus justement célèbres de l'Ecole de Montpellier, nous en parle, voici la description qu'il en donne : « *Morphea est cutis defœdatio maculosa* ». Voici de plus, selon lui, les caractères différentiels existant entre morphée et lèpre. « Lèpre et Morphée ne se différencient, dit-il, qu'autant que lèpre est en chair et morphée est en cuir ».

Nous retrouvons la Morphée mentionnée, dans les œuvres d'Ambroise Paré, son emploi ne semble pas s'être précisé : « Lors, dit-il, il advint, rongue, grâtle croûteuse, Morphée noire et chancre ». Nous cherchions en vain à expliquer cette évolution.

Enfin, à plusieurs siècles d'intervalles, nous trouvons une morphée très différente de l'ancienne.

Un médecin anglais, Erasmus Wilson, fait revivre cette ancienne dénomination pour l'appliquer à la chéloïde blanche. Puis Unna en 1894 décrit sous le nom de *Kattenblattenlitché*, une morphée en gouttes que nous pouvons souvent confondre avec l'affection décrite par les Américains sous le terme de *white spot disease* créé en 1903 par Johnston et Shewell qui a servi à décrire des affections variées ressortissant à la sclérodermie et bien moins souvent au lichen plan.

Telle est succinctement, l'histoire de l'affection, il

nous est facile d'en tirer les conclusions suivantes :

1° Anciennement, il y a confusion presque complète des dermatoses ;

2° Quand le terme de Morphée apparaît, il est pris pour une variété du vitiligo et beaucoup plus souvent de la lèpre, nous verrons d'ailleurs que cette façon de voir est encore citée par quelques auteurs ;

3° Nous remarquons que si sa conception varie au cours des siècles, la morphée moderne est certainement très différente de l'ancienne.

II. — LA MORPHÉE EN GOUTTES. SON TABLEAU CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Nous avons spécialement en vue dans cette description, cette variété de morphée appelée *morphea guttata*. Dans son historique il nous a fallu traiter de la Morphée en général mais au point de vue clinique et anatomopathologique, ses caractères sont assez nets et assez spéciaux pour que nous puissions nous borner uniquement à cette variété.

Au point de vue clinique, nous nous basons pour tracer cette description-type sur les traités qui en font mention, sur le cas qu'il nous a été donné d'observer et surtout sur le remarquable article du P^r Petges qui nous sera d'un si précieux concours.

Les plaques de Morphée se voient plutôt chez les femmes et spécialement chez les femmes jeunes. Leur siège de prédilection peut être fixé ainsi qu'il suit, le haut de la poitrine, le cou, la nuque, les épaules et les régions périgénitales.

Leur apparition est souvent précédée de troubles vasomoteurs se traduisant par le développement de taches

rouges ou violacées persistantes, donnant une légère desquamation et un léger prurit ; leur établissement est lent, le plus souvent, sans phénomènes fonctionnels, les malades éprouvent parfois lorsqu'elles sont en grand nombre, une sensation de raideur, de corps étranger plaqué à la surface de la peau.

Le début peut aussi se faire par un point corné, brunâtre, péripilaire, qui prend peu à peu de l'extension, se teinte d'une coloration blanchâtre et forme ensuite une macule blanche affectant la dimension d'une tête d'épingle et à contours arrondis, les bords sont légèrement surélevés, le centre est parfois cupuliforme. Au toucher, on a une sensation analogue à celle que l'on recueille en passant le doigt sur une surface rugueuse et sèche. Un autre caractère est assez frappant, c'est la couleur de la plaque qui est d'un blanc porcelainique.

A la période d'état, l'aspect est des plus caractéristiques. On aperçoit sur les régions sus-indiquées (haut de la poitrine, cou, nuque, épaule ou régions périgénitales) une éruption d'éléments lenticulaires ou nummulaires atteignant à peine la dimension d'une lentille ou d'une petite pièce de monnaie, leur nombre très variable peut parfois être assez élevé et va croissant durant un certain temps, leur étendue s'agrandit aussi puis s'arrête aux limites que nous avons fixées.

Si nous grattons énergiquement avec l'ongle l'une de ces plaques, nous arriverons à détacher une squame unique, de consistance épaisse, parcheminée, blanche et opaque ayant presque l'étendue de l'élément qu'il recou-

vrait. Cette squame enlevée, la surface de la plaque nous apparaît parcourue par une arborisation de fins vaisseaux visibles à la loupe.

Autour d'elle, mentionnons qu'il existe une ligne de couleur rose violacée et un peu plissée qui l'encercle, sa largeur est minime, elle peut être distinguée à l'œil nu. Les auteurs anglais se basant sur sa teinte rose violacée lui ont donné le nom de « lilac ring ». En dehors d'elle, la peau est immédiatement saine et normale.

A une période plus avancée, les placards prennent un peu d'extension, leur limite est toujours régulière et précise, tout autour le même « lilac ring » existe, toutefois dans les plaques anciennes il devient brunâtre, celles-ci ne donnent pas de sensation de relief à la vue et au toucher, si ce n'est au niveau de la bordure qui est un peu saillante et comme sertie. Le fond de la plaque est légèrement déprimé, sa couleur est la même que précédemment.

On trouve, sur l'élément, quelques points cornés péri-pilaires, qui affectent une coloration plus foncée. Le grattage donne les mêmes résultats dont nous avons parlé plus haut. La consistance au toucher est pareillement ferme et dure.

En somme l'aspect des lésions nous apparaît comme assez identique à ces différents stades.

Nous avons noté l'existence de bouchons cornés, en plus ou moins grand nombre, trois à six centrés par un poil fin et atrophié. Ce caractère, disons-le dès maintenant sera d'une très haute importance pour la discussion qui suivra.

Les éléments même dans les régions qui en sont les plus tachetées, ne fusionnent jamais et un minime espace de peau saine les sépare.

Dans l'affection que nous venons de décrire, il n'existe pas de prurit. Nous retiendrons ceci et de plus dans les observations que nous avons l'intention de citer, il nous apparaîtra qu'en dehors des lésions que nous venons d'étudier, on ne trouve jamais sur le même individu coexistence de lichen plan, sur la peau, ni sur les muqueuses mais parfois coexistence de bandes de sclérodémie.

L'évolution de la Morphée est variable. Souvent, nous la voyons disparaître spontanément après un temps fort long. La régression ne se fait pas en bloc mais en quelques points à la fois ; on remarque en certains endroits, des lésions guéries, qui créent une macule de couleur blanc mat, atrophique, lisse, dépilée, cupuliforme, souple et douce, quelquefois l'assouplissement de la plaque coïncide avec l'apparition de télangiectasies superficielles. Il reste en somme une atrophie localisée dite *Morphea atrophica*. Nous verrons plus loin ce qu'il y a lieu d'en penser et un article du Dr Milian à son sujet nous fait entrevoir des conceptions des plus curieuses.

Rappelons à titre de particularité que Politzer en (1917) a pu observer un cas dans lequel à la suite de la régression des lésions de Morphée, il s'est produit une calcification et même une ossification partielle de la peau.

Tel est le tableau clinique et évolutif de la Morphée en gouttes ainsi qu'on a coutume de la décrire. Ses ca-

ractères cliniques qui nous serviront pour discuter son diagnostic différentiel, seraient d'un bien faible secours, s'ils n'étaient associés aux caractères anatomo-pathologiques que nous allons maintenant passer en revue.

Au point de vue anatomo-pathologique

Si au milieu des taches que nous venons d'étudier, nous pratiquons une biopsie, nous remarquons sous le champ du microscope, après coloration les différentes lésions que nous allons exposer.

1° Il apparaît une profonde modification de l'épiderme. Les crêtes interpapillaires nous donnent une ligne unie et irrégulièrement sinueuse. Jusqu'à la surface, nous retrouvons ces sinuosités qui lui donnent aspect sillonné de plis et d'encoches épidermiques profondes, surtout accusées sur la partie libre de la couche cornée.

La couche génératrice est composée de cellules basses, inégales, en palissade irrégulière, parfois aplaties.

Quelques assises de petites cellules qui sont compactes et dont on aperçoit difficilement les filaments d'union forment le corps muqueux. Le protoplasma est peu granuleux, il y a réduction du corps cellulaire et augmentation de volume du noyau. Souvent, le protoplasma est circonscrit dans les deux tiers de sa circonférence d'une large vacuole. Deux vacuoles peuvent devenir sécantes ou deux noyaux s'accoler tant le protoplasma est réduit.

La couche granuleuse est mal différenciée, peu visible, pauvre en granulations.

Une hyperkératose visible macroscopiquement, se manifeste au niveau de la couche cornée et alors que toutes les autres lésions de la morphee ont leurs limites nettement arrêtées au bord de la plaque seule, l'hyperkératose semble la déborder.

Au niveau des orifices pilaires, nous trouvons des bouchons cornés et qui semblent enchâssés dans des dilatactions arrondies. Leurs dimensions atteignent jusqu'à un quart de millimètre d'épaisseur. Ils forment de véritables bouchons autour d'un poil atrophié ou à sa place.

Le maximum des lésions est péripilaire.

2° Le derme nous montre de plus des modifications caractéristiques et profondes. Les papilles abrasées sont peu ou point visibles. On remarque la condensation, l'épaississement et la densification du tissu conjonctif. Il se présente sous l'aspect d'un feutrage serré, prenant mal l'éosine, ses faisceaux sont épais, courts, enroulés, pourvus en noyaux qui, eux, par contre, sont très sensibles aux colorants. A un faible grossissement, le tissu conjonctif prend l'aspect d'une masse rouge mal différenciée, pourvu en vaisseaux : sur la limite de la plaque il prend brusquement l'aspect normal.

Moins profondes sont les modifications qui atteignent le tissu élastique, on note sa raréfaction, sa disposition en deux couches inégales, l'une superficielle dans la zone sous-papillaire, peu épaisse, parallèle à la ligne des crêtes, composée de fibrilles nettes, minces et courtes, l'autre située plus dans la profondeur et dans laquelle on trouve des faisceaux minces, nets et courts,

séparés et comme dissociés par des faisceaux conjonctifs.

En poursuivant l'étude des lésions anatomo-pathologiques microscopiques, nous remarquons l'atrophie des glandes sudoripares, quelques-unes non complètement atrophiées sont réduites à un cordon pelotonné. Rien d'anormal à signaler au sujet des glandes sébacées qui sont entourées d'une membrane, fibreuse, épaisse. Un manchon fibreux, épais et compact, enserre également les poils.

Les vaisseaux sont aussi atteints. Les vaisseaux sanguins rares et peu visibles ont leur lumière étroite et peu marquée, ils sont étouffés dans le tissu conjonctif. Les lymphatiques sont représentés par des fentes peu nettes.

Signalons, de plus, quelques amas isolés de cellules infiltrées, ayant leur siège principalement dans la portée moyenne du derme et autour de quelques follicules pileux et de glandes sébacées. Leur composition est la suivante : des lymphocytes, quelques mononucléaires, de rares polynucléaires, des noyaux allongés et fusiformes et quelques matzellen. On y voit aussi de rares cellules plasmatiques.

En résumé, ce tableau de la morphée en gouttes telle que nous venons de le décrire peut se condenser dans les lignes suivantes :

1° Eruptions de plaques lenticulaires ou nummulaires isolées, arrondies, blanches nacrées ou porcelainiques, planes ou légèrement déprimées au centre, cercle du « lilac ring » et ayant comme siège de prédilection le haut de la poitrine, les épaules, la nuque, le cou ou les

régions périgénitales. Pas de lichen consistant. Pas de prurit. Apparition chez les femmes jeunes surtout ;

2° Au microscope on trouve une légère hyperkératose avec, dans le dessin, une plaque de condensation compacte et de colorabilité modifiée, pauvre en éléments cellulaires.

A quelle affection pouvons-nous penser rattacher la Morphée en gouttes ?

Le tableau que nous venons de tracer nous fait aussitôt songer à la sclérodermie et au lichen plan scléreux. La classification de la morphée en gouttes dans l'une ou dans l'autre de ces deux entités cliniques étant le but principal de cette étude, nous essaierons de raisonner l'opinion que nous nous serons faite, mais avant, il conviendrait de connaître les deux affections que nous venons de nommer. C'est pourquoi nous nous proposons d'en faire brièvement l'exposé, croyant qu'ainsi la clarté y gagnera.

La sclérodermie

La sclérodermie en plaques appelée aussi Morphée par les auteurs anglais sera donc décrite en premier lieu et les caractères qu'elle nous présente sont les suivants :

Son début est parfois précédé de troubles vaso-moteurs se traduisant par le développement de taches rouges et violacées persistantes qu'accompagnent une légère desquamation et un léger prurit. L'établissement des plaques est lent sans phénomènes fonctionnels. Le malade

éprouve parfois une sensation de raideur, des corps étranges plaqués à la surface de la peau.

A la période d'état, l'aspect est typique. La surface de la plaque est unie. La peau est lisse et brillante. Les plis épidermiques ont disparu.

Au centre de la plaque, la coloration est blanche à la première période. Au bout d'un certain temps, elle prend une teinte cire vieillie, la pigmentation anormale que produit ce changement de coloration s'accuse de plus en plus. Lorsque la coloration n'est pas uniforme, ce sont les parties périphériques qui restent blanches. Autour de la plaque, nous retrouvons aussi le « lilac ring » produit par la dilatation des vaisseaux et disparaissant quand elle entre en régression. La plaque fait souvent une légère saillie qui s'efface au niveau de l'anneau. Sa partie centrale est soit plane, soit déprimée, à signaler la limitation nette des taches. Leur consistance est plus ou moins indurée, ligneuse, cartonnée ou parcheminée. Parfois on leur trouve la même consistance que la peau mais si on plisse légèrement le tégument, il semble moins épais que dans le voisinage immédiat par suite d'une légère atrophie du tissu cellulaire sous-cutané. Leur forme est assez régulière. Les bords sont convexes, rarement sinueux et déchiquetés. Les muqueuses peuvent être intéressées. Au bout d'un certain temps, les plaques disparaissent, laissant une empreinte brunâtre ou grisâtre. Elles n'ont aucun retentissement sur la santé générale.

Les lésions histologiques portent sur le tissu conjonctif du derme qui est hypertrophié. Dans le derme, on

trouve un amas de cellules entourant les vaisseaux sanguins ; ceux qui parcourent les tissus sclérosés portent un bourgeonnement de la tunique interne. Les nerfs ne présentent rien de particulier et l'épiderme a des altérations d'ordre secondaire. Donc, si nous résumons, nous constatons que les lésions sont surtout dermiques et consistent en une hyperplasie du tissu fibreux.

Le lichen plan atrophique (1)

Il nous offre un tableau tout autre. Il siège en n'importe quelle région du corps, cependant son siège de prédilection paraît être la nuque et les poignets.

Il est caractérisé par la papule qui en constitue l'élément typique, et qui a les dimensions d'une tête d'épingle et affecte une forme polygonale. Sa surface est lisse et brillante, sa consistance rude et ferme, sa coloration est tantôt rose jaunâtre (c'est la plus normale) tantôt rouge fauve et violacée, tantôt ne différant pas de celle de la peau. Dans la variété qui nous intéresse les papules s'affaissent à leur centre qui devient cicatriciel et elles s'étendent lentement à la périphérie pour confluer parfois avec les éléments voisins pouvant par là prendre l'aspect de la Morphée. Alors les taches atrophiques qui en résultent sont blanches nacrées, arrondies, polycycliques. Sur l'épiderme aminci qui les tapisse, on peut

(1) Cette dénomination que nous employons est cependant mauvaise, elle englobe à la fois le lichen plan atrophique aboutissant du lichen vulgaire et le lichen plan atrophique aboutissant du lichen porcelainique décrit par le Professeur Gougenot. Nous en parlerons d'ailleurs plus loin, mais nous tenons dès maintenant à poser cette distinction.

trouver des grains cornés scléreux dans les orifices sudoripares et folliculaires. Les taches peuvent atteindre une certaine étendue ; lorsque le processus s'est arrêté, la bordure papuleuse et l'aréole rosée qui entoure les éléments s'efface ; la cicatrice est indélébile.

L'histologie nous montre une plaquette d'atrophie scléreuse sous-épidermique, au-dessous de laquelle on peut, si l'élément est jeune, trouver un reste de l'infiltrat cellulaire limité au lichen plan et en plus un amas volumineux de cellules.

Signalons que le lichen allus de Zumbruch n'est pas autre chose que le lichen plan scléreux.

Telles sont les deux affections avec lesquelles il nous est possible, à première vue, de confondre la morphée en gouttes.

Mais au cours d'un examen attentif, il apparaît que plusieurs caractères relevés dans celle-ci nous inclinent à la rattacher à la sclérodermie — où nous les retrouvons — la limitation nette des placards, leur tendance scléreuse primitive, leur atrophie précoce, leur blancheur éclatante, enfin leur liseré violacé et leur localisation.

L'examen histologique est aussi probant, il s'écarte en effet du lichen plan, et dans la morphée l'absence d'œdème autour de la lésion et dans la lésion, l'absence d'infiltrats cellulaires dans le voisinage et d'amas volumineux de cellules sont autant de raisons à apporter pour la séparer du lichen dont elle n'a aucun des caractères : l'hyperkératose et les bouchons cornés exceptés. Nous y voyons au contraire une hypertrophie conjonctive du derme avec atrésie des vaisseaux, étouffement des

glandes et des poils si nets aussi dans la sclérodermie.

Nous serions ainsi tenté de croire que le diagnostic est d'une grande facilité entre la Morphée et le lichen plan scléreux et qu'il est aisé de rattacher celle-là à la sclérodermie, nous avons cette impression parce que nous tablons ici sur des cas typiques mais nous verrons que certains le sont beaucoup moins et que quelques observations de lichen plan atrophique se rapprochent de la Morphée.

Une remarque importante à faire est celle-ci : le lichen plan atrophique ou scléreux est une mauvaise dénomination que l'on souhaiterait voir disparaître car elle fait faire une confusion entre deux types de lichen totalement différents.

Le lichen vulgaire et le lichen porcelainique. Nous insisterons sur ce dernier qui est peu connu et dont le Pr Gougerot a donné la description. L'induration et l'inspection de l'épiderme sont celle du lichen plan ; la configuration et les variétés morphologiques y répondent aussi.

Ce qui caractérise ce lichen c'est sa teinte blanche brillante. La surface est plane, lisse, continue, brillante. Le bord est nettement tranché, un peu saillant car toute la nappe fait papule. Inconstamment, le lichen se prolonge dans un halo diffus rouge brunâtre, à la palpation, la plaque porcelainique est sèche et dure. Parfois on y découvre en y regardant de près de fins capillaires sanguins. L'évolution est lente et chronique. Les phénomènes subjectifs sont inconstants, le prurit est exceptionnel. Des cas de transition incontestable font

passer insensiblement du lichen plan typique au lichen porcelaine. Il ne s'agit, ni de lichen plan typique à centre atrophique cicatriciel, ni d'atrophie cutanée.

Nous voyons qu'aussi, il peut parfaitement donner lieu au premier examen superficiel, à discussion avec la morphée en gouttes ; mais nous le disons de suite n'en ayant pas d'observations : la teinte n'est pas exactement semblable, ni pour la nappe centrale, ni pour le liseré rouge. De plus on retrouve chez lui la papule typique du lichen plan, et les bords en sont souvent déchiquetés alors qu'ils sont nets dans la sclérodermie et la morphée en gouttes.

Donc au cours de ce travail lorsque nous parlerons de lichen atrophique, ce sera avec la réserve que nous avons faite ci-dessus.

Avant de passer en revue les observations qui sont en notre possession, rappelons-nous avoir dit que la Morphée ne saurait présenter aucun des caractères du lichen, l'hyperkératose et les bouchons cornés exceptés. Ce sont deux arguments que l'on pourrait nous opposer et c'est pour en démontrer le peu de valeur que nous parlerons d'abord de certains cas de sclérodermies atypiques dans lesquels ces mêmes lésions ont été observées. Ceci nous montrera combien il peut être défendable de songer à réunir la Morphée à la sclérodermie.

Dans un second groupe d'observations, nous nous bornerons à exposer les différentes manifestations de la Morphée en gouttes, les unes ressemblant au tableau que nous en avons donné antérieurement et ne prêtant pas à discussion, les autres, étant moins typiques,

nous prouveront que le diagnostic entre cette affection et le lichen peut parfois être délicat.

C'est seulement après avoir pris connaissance de ces différents cas que nous aborderons l'étude du diagnostic en général et que nous chercherons à conclure.

Quelques cas de sclérodermie atypique pris dans la collection du Professeur DUBREUIL

Yvonne S... n° 6999, âgée de 22 ans (en 1913 date à laquelle l'observation fut rédigée) est atteinte de sclérodermie en bandes et en plaques, de l'abdomen, des cuisses, des jambes (diagnostic vérifié par 15 ans d'observation et par une biopsie) ; or, chez elle, il a été noté à plusieurs reprises sur la cuisse en particulier, l'existence de zones hyperkératosiques sclérodermiques, de bouchons cornés correspondant à des orifices pilaires dilatés ; sur la cuisse, les traces en étaient encore, à la date indiquée ci-dessus, très apparentes.

Montgomery et Orby notent également leur existence chez deux de leurs malades atteintes de white spot disease, dont nous parlerons et qui sont atteintes indiscutablement d'après ces cliniciens de sclérodermie.

Quel est l'intérêt de ce bref exposé ? Celui, que nous avons expliqué plus haut, de prouver que certaines sclérodermies peuvent présenter des caractères que l'on n'a pas continué de leur attribuer. Nous voyons par conséquent combien l'argument que nous soulevions tout à l'heure perd de son poids.

Cette observation nous montre suffisamment qu'il est

bien faible et ne saurait à lui seul, nous empêcher de réunir la morphee à la sclérodermie, puisque nous pouvons fournir des cas de sclérodermie indiscutables avec présence de zones hyperkératosiques. De plus, l'existence de bouchons cornés péripilaires que l'on trouve communément dans le lichen plan ne saurait pas davantage infirmer notre thèse puisqu'ici on en signale sur des plaques sclérodermiques.

Il nous est donc facile de concevoir que l'exposé de quelques cas sclérodermiques de ce genre nous est d'une très grande utilité.

Nous donnons une autre observation de sclérodermie avérée empruntée au Professeur Dubreuilh et suivie durant des années. Il nous amène aux mêmes conclusions que ci-dessus.

Berthe V... n° 3196, 52 ans, atteinte de sclérodermie en plaques présente un placard étendu obliquement de la région sus-claviculaire à la poignée du sternum, à contours irréguliers, de couleur blanche, cireuse, jaunâtre, limitée par une large bordure achromique irrégulière de 1 centimètre de large environ s'égrenant à la périphérie en petites taches punctiformes, blanches ; sur la poitrine ces petits points isolés paraissent correspondre aux orifices pilaires : pas de liseré lilas, pas d'hyperpigmentation excentrique. Les plaques blanches sont finement ridées à la vue, dures, sèches, parcheminées au toucher, ayant une sorte d'induration tranchant nettement avec les tissus sains : sur sa surface blanche, on note un semis de points bruns de un quart à un millimètre de large, durs, cornés, saillants, correspon-

dant à des bouchons épidermiques cornés, coniques, s'enfonçant à un millimètre de profondeur, faciles à extraire ; ils sont très abondants en certains points et arrivent presque au contact : ils paraissent à la loupe correspondre aux orifices sudoripares. Il y a eu quelques sensations de démangeaisons et de tension : il n'existe, en aucun point du tégument externe ou de la bouche, de lésions rappelant le lichen plan.

Cette observation prise en 1895 fut publiée avec le diagnostic de sclérodermie, puis les travaux récents de Hallopeau et de Darier donnèrent lieu à quelques hésitations et firent penser au lichen plan, mais l'évolution de la maladie et l'examen de l'histologie pathologique des lésions ne laissèrent place à aucun doute sur la nature sclérodermique du cas envisagé.

L'examen histologique fournit les renseignements suivants : le dessus est épaissi au niveau de la plaque par augmentation de la masse du tissu conjonctif dont les fibres sont plus nombreuses, tassées les unes contre les autres en un feutrage épais, uniformément et mal colorées en une teinte rose pâle par l'éosine, qui dessine mal les limites des faisceaux fibreux atteints de dégénérescence hyaline, les noyaux sont très rares dans ces faisceaux. Par places, on observe dans la profondeur du derme, loin de l'épiderme, quelques petits amas de cellules du tissu conjonctif, de lymphocytes avec quelques matzellen et platzellen ; ces amas siègent de préférence autour des follicules pileux et des glandes sébacées. Les fibres élastiques sont rares, courtes, fragmentées en minces fibrilles surtout visibles dans la cou-

che profonde du derme et peu visibles dans la zone sous-papillaire. Les poils ont disparu et il ne reste, que quelques vestiges du follicule. Les glandes sudoripares sont atrophiées et étouffées dans la sclérose conjonctive. Les artères sont à lumière étroite, aplatie, à parois fondues dans le tissu conjonctif voisin.

L'épiderme est très aminci : le corps muqueux réduit à quelques couches, quatre à cinq, de cellules rapetissées serrées les unes contre les autres avec des filaments épineux peu apparents ; la couche génératrice est peu visible et se différencie mal des assises supérieures ; la couche granuleuse est réduite à quelques cellules mal colorées, la couche cornée contraste dans son épaisseur avec la pauvreté du reste de l'épiderme : elle est épaissie : l'hyperkératose forme par place de petits bouchons cornés. La ligne des papilles est plane avec des sinuosités dépourvues de crêtes interpapillaires. Nous voyons qu'ici nous nous trouvons en présence d'un cas sclérodermique. Ces caractères cliniques, l'évolution de la maladie et l'examen histologique nous les démontrent. A l'examen microscopique des lésions, nous ne trouvons nulle part l'infiltration cellulaire caractéristique du lichen, l'aspect lardacé des lésions est bien propre à la sclérodermie. Ceci nous prouve une fois de plus ce que nous avons déjà fait observer : à savoir que beaucoup de cas avérés de sclérodermie nous montrent l'existence de bouchons cornés et d'hyperkératose qui ne sont nullement un argument décisif en faveur du lichen. D'ailleurs l'histologie des lésions nous prouve que nous ne saurions raisonnablement y songer et ces

observations de sclérodémie atypiques se rapprochent singulièrement du tableau de la Morphée en gouttes, c'est ce que nous tenions spécialement à faire remarquer.

Quelques observations de Morphée dite en gouttes

Voici maintenant quelques observations de Morphée en gouttes. Nous ferons suivre chacune d'elles d'une courte critique afin d'indiquer les raisons qui nous font rattacher ces cas à l'affection sus-nommée.

OBSERVATION I de Jamieson (résumée). — M. Mackie, 39 ans, homme vigoureux, a eu plusieurs poussées de rhumatismes. Depuis quelques mois, sont apparues des plaques rouges sur l'extrémité sternale des clavicules avec léger prurit au début ; depuis de nouvelles poussées se sont manifestées. D'autres plaques sont survenues à la nuque. A l'examen, on remarque des taches de dimensions variées, plus larges qu'un grain de plomb en général, parallèles aux clavicules, disséminées sur la face antérieure du cou et sur la région sus-scapulaire. Ces taches sont saillantes, de couleur blanche ivoire, douces au toucher, brillantes, entourées par une mince aréole rosée ou violacée.

Il fut impossible de faire une biopsie, le malade étant mort d'accident. On peut nous objecter que notre observation dépourvue d'un exposé anatomo-pathologique n'est pas complète, ce dernier examen étant surtout nécessaire dans les lésions dont l'aspect clinique n'est

pas suffisant pour établir le diagnostic, mais, il nous semble que celui-ci par la localisation des éléments, par leur coloration, par l'anneau rosé ou violacé les encerclant, ne nous permet pas de penser à autre chose qu'à la *Morphéa guttata*.

Jamieson n'hésite pas à parler ici de sclérodermie. Il rapproche cette *morphea guttata* de la *white spot disease* des Américains et ceci est d'un gros intérêt.

Confrontons donc les observations suivantes d'auteurs américains avec le cas de Jamieson et notre tableau de début.

Obs. II (résumée sur une observation de Montgomery et Ornsby). — Une femme de 40 ans a eu un frère mort de tuberculose, la coqueluche et la rougeole l'ont atteinte. Le début de sa maladie se fit deux ans avant qu'elle consulte, par de petites taches cutanées d'un blanc éclatant situées sur la région sternale et d'aspect cicatriciel à extension périphérique ; en quelques semaines, il y eut une apparition de plaques nouvelles sur le cou, les épaules et la poitrine.

La couleur blanche est surtout frappante sur ces taches dont la dimension est environ celle d'un petit pois à une pièce de 0 fr. 50. La coalescence de petites plaques en a créé de plus larges à contours irréguliers. Les lésions tendent à se mettre en ligne dans le sens des plis cutanés. La surface est généralement douce sur les petites, plus rude sur les grandes, avec un épiderme brillant, plissé et un aspect atrophique. La surface des plus larges est parcourue de lignes irrégulières, qua-

drillées, avec de nombreuses dépressions punctiformes occupées par un bouchon jaune sale facile à enlever. Il n'existe pas de relief à la vue, ni au toucher. La bordure est nette et parfois cerclée d'un liseré hyperémique. Tel est l'état en 1901.

En 1902, il n'est pas apparu de nouvelles lésions et les plus anciennes ont un caractère nettement atrophique, d'autres ont une bordure violacée très nette avec de nombreuses télangiectasies.

En 1906, l'effet reste stationnaire, les traitements suivis n'ont pas eu d'effet.

Examen histologique : Les lésions sont surtout limitées au chorion. On note une hypertrophie du tissu conjonctif qui est plus dense, avec tendance au feutrage des fibres ; il y a disparition de l'élastine qui est remplacée par des brins disséminés çà et là, infiltration des cellules surtout autour des vaisseaux, des glandes et des follicules pileux, infiltration faite de cellules de tissu conjonctif, de lymphocytes ou de cellules plasmatiques avec de rares matzellen. Les vaisseaux sanguins sont raréfiés ; les follicules pileux, les glandes sudoripares et sébacées sont intactes. L'épiderme est à peu près normal. On ne remarque pas d'hyperkératose, ni d'hyperpigmentation.

Dans les lésions les plus anciennes, il existe cependant de l'hyperkératose et quelques bouchons cornés.

Le diagnostic ne peut encore ici être hésitant. La couleur des lésions, leur consistance, leur aspect atrophique observés en peu de temps, leur lisière violacée sont bien en faveur de la sclérodermie.

Les lésions histologiques, surtout, limitées au derme, nous peignent bien les lésions de cette dernière.

L'hyperkératose et les bouchons cornés ne peuvent, comme nous l'avons vu plus haut, nous empêcher de conclure dans ce sens.

OBS. III. (Obs. II de Montgomery et Ornsby). (Résumée). — Elle concerne une femme âgée de 55 ans dont les antécédents paraissent bons et qui s'est mariée à 14 ans. Elle est mère de 7 enfants et a fait une fausse couche. A signaler qu'elle eut une rougeole grave à 14 ans, une dyspepsie et fit de la lithiase biliaire.

Le début de ses lésions cutanées remonte à l'âge de 49 ans par des taches blanches sur les épaules et la jambe gauche. Les taches scapulaires se sont multipliées depuis 5 ans, pendant les 2 ou 3 premières années, la malade ressentait des picotements peu intenses au niveau de celles-ci avec un léger prurit. Au dessus des clavicules, sur la nuque, entre les épaules et sur les épaules, on constate des lésions analogues à celles qui sont décrites dans l'observation précédente mais plus petites avec tendance à la coalescence ; cependant, il n'existe pas de bouchons jaunâtres, sauf sur une plaque de dimensions moyennes.

Sur la jambe gauche, il existe une bande de sclérodémie typique avec son liseré hyperémique en certains points.

L'examen histologique est comparable à celui du cas précédent.

Nous nous trouvons encore ici en présence d'un cas

de Morphée en gouttes, qu'il nous est facile de rattacher à la sclérodermie, l'aspect y répond bien ; de plus, n'avons-nous pas pour confirmer notre opinion la co-existence de bandes sclérodermiques typiques sur d'autres régions du corps et par contre l'absence de lichen sur les muqueuses ?

On trouve encore dans le mémoire de Montgomery et Ornsby la relation de cas semblables publiés antérieurement par Westberg ; par Sheswell ; par Johenton et Sheswell qui ont créé le nom de « white spot disease ».

OBS. IV. — (de Wertberg citée par Montgomery et Ornsby) (Résumée). — Une jeune fille de 12 ans, dont les antécédents héréditaires sont favorables, présenta deux ans après une coqueluche grave suivie de rougeole, des taches blanches sur la poitrine, au niveau des zones où elle avait eu des papules rubéoliques : l'éruption gagna le tronc peu à peu. Il s'agit de taches blanches, rondes, de la dimension d'un grain de millet à celle d'un haricot, à surface douce et ferme au toucher comme celle d'une carte à jouer, légèrement soulevées sur leurs bords. Les plus petites sont jaunâtres. L'éruption est discrète, par-sèmée sur le tronc, de préférence sur les plis.

Histologiquement, on trouve une hypertrophie des fibres conjonctives avec épaissement de l'ensemble de ce tissu qui prend le bleu de méthylène et la fonction acide aussi bien que le tissu sain. Les vaisseaux sont comprimés par le tissu conjonctif, il n'y a pas d'inflammation mais une légère infiltration de cellule près des vaisseaux. Le tissu élastique est normal et un peu déplacé.

Obs. V. — (Sherwell résumée). — Une femme de 36 ans présenta une éruption analogue à celle de la malade précédente. Le développement en fut lent et complet en deux ans. Les premières lésions se produisirent sur le cou, près du sternum : elles ont augmenté en nombre et en surface pour acquérir la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Elles atteignent surtout les plis cutanés et s'étendent en avant jusqu'aux seins et en arrière, jusque dans la région interscapulaire. Elles sont d'un blanc parfait sans tendance à la coalescence.

Obs. VI et VII. — Johnston et Sherwell donnèrent aussi une observation semblable dont le type ne paraît pas discutable ; de même, J. M. H. Mac Léod a montré à Londres en 1904 deux autres observations que Petges rattache après Montgomery et Ornsby au même type et qu'il a également qualifié de *Morphea guttata*, terme qui ne fut pas accepté par tous les assistants.

Ce cas nous paraît analogue aux observations relatives antérieurement (Obs. V).

Sherwell pense qu'il s'agit là de sclérodermie mais Branson porte plutôt le diagnostic d'atrophie maculeuse.

Notons que Drew ne considère pas que le cas de Wertberg soit exactement comparable cliniquement et histologiquement à ceux de Johnston et Sherwell.

Il nous semble pourtant que l'avis du Pr Petges s'impose et que rien dans les caractères énoncés ci-dessus ne nous autorise à rejeter le diagnostic de Morphée tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique.

Dans l'observation IV, on ne saurait nous objecter : l'apparition des taches au niveau des papules rubéoliques, la couleur jaunâtre des plus petites qui ne sont pas plus en faveur du lichen que de la sclérodermie ; d'ailleurs par l'examen anatomo-pathologique nous levons tous les doutes.

Sherwell pense à l'atrophie maculeuse et porte même ce diagnostic. Ceci ne nous paraît^{*} qu'incertain. Mais ici, il nous faut ouvrir une parenthèse pour pouvoir discuter efficacement.

Le terme d'atrophie maculeuse nous désigne une affection classée par Darier dans la catégorie des atrophies cutanées dites idiopathiques. Son cadre est mal défini mais le plus grand nombre des atrophies maculeuses fut classé par Jadonhon en 1891 sous le nom d'anétodermie érythémateuse et constitué par une éruption disséminée de taches atrophiques. Pour abrégé, disons que leur coloration va du rouge violacé au blanc nacré ; leurs contours sont nettement marqués par le changement de teint et par la dépression de la peau. L'épiderme se plisse au moindre mouvement à leur surface. L'ensemble du tégument a une consistance pâteuse et souple toute particulière au niveau des taches qui donnent l'impression de trous creusés dans le derme ; leur mollesse contraste avec la consistance ferme des taches atropho-scléreuses dans lesquelles rentrent le lichen plan et la Morphée. A noter que la zone d'envahissement de la plaque peut être marquée par un cercle rosé.

Si ce dernier caractère peut donner le change avec la

Morphée, il faut avouer que rien par ailleurs ne saurait prêter à confusion. La couleur blanche même des taches n'est pas un obstacle au diagnostic, vu la différence qui doit être perçue au palper.

Dans l'observation sur laquelle nous discutons, les caractères sont plutôt ceux de la sclérodermie et c'est dans cette dernière qu'avec le P^r Petges nous sommes enclins à les classer.

Mentionnons, maintenant un cas type de morphea guttata que nous a aimablement communiqué notre maître le P^r G. Bureau.

Madame X... vient consulter au mois de novembre 1923 à son cabinet pour des taches blanches qu'elle présente sur le cou et qui l'incommodent peu mais qu'elle a peur de voir s'étendre sur la figure.

Dans ses antécédents héréditaires, rien de bien intéressant à signaler sauf pour les antécédents collatéraux, une sœur étant morte de péritonite tuberculeuse.

Cette femme a été réglée à 12 ans, ses règles ont toujours été très douloureuses et très abondantes, durant dix et quinze jours. Elle se maria à 25 ans, n'a jamais eu de grossesse et a vu la ménopause l'atteindre à 50 ans.

Il y a une vingtaine d'années, elle aurait ressenti des troubles nerveux cardiaques, sur lesquels elle donne des renseignements assez vagues. La malade semblait nerveuse, impressionnable et était fort préoccupée de sa maladie au moment où elle vint consulter. Après avoir eu une existence assez agitée, elle mène aujourd'hui

une vie très calme. Elle aurait traîné jadis assez longtemps et aurait été prise d'une diarrhée qui aurait duré un an.

L'affection actuelle aurait débuté il y a 2 ans environ par quelques taches blanches sur le cou. Les éléments d'abord peu nombreux auraient augmenté lentement pour arriver à l'état actuel.

Au cours de l'examen, on constata, sur le cou, une quantité de petites taches blanches d'un blanc éclatant qui se sont groupés en trois foyers principaux : l'un au niveau de la nuque, les deux autres de chaque côté du cou s'étendant en avant jusque sur la clavicule, celui du côté droit le plus étendu mesure environ sept à huit centimètres de long et contient plus de cinquante éléments à gauche, on en compte une vingtaine et une dizaine à la nuque. En outre, se trouvent quelques taches disséminées au niveau de la région sternale et sur la poitrine.

Celles-ci arrondies ou ovales, parfois allongées, varient comme dimensions d'une tête d'épingle à une pièce de vingt centimes. La plupart sont isolées ou se touchent sans se confondre : cependant quelques éléments se sont réunis et forment de petites plaques plus larges à contours irréguliers. Leur couleur est d'un blanc éclatant, porcelainique. Ces macules sont circonscrites par un bord légèrement saillant, leur centre est cupuliforme. Elles donnent au toucher une sensation de rudesse. Par le grattage, on détache de ces éléments une squame plus ou moins épaisse d'un blanc opaque et de leur propre dimension. Autour d'un certain nombre,

on note une petite aréole rosée ou violacée formée par un liseré perceptible à la vue mais qui se voit surtout nettement à la longue. Sur quelques éléments, on constate en outre une petite dépression punctiforme mais il n'existe pas de véritables bouchons cornés.

Au dire de la malade, ces lésions seraient à certains moments prurigineuses.

Sur le reste du corps, il n'existe aucune autre éruption et l'examen le plus attentif ne nous a permis de déceler aucune lésion de lichen plan, ni sur la surface cutanée, ni dans la cavité buccale.

Mais, il existe à la face externe de l'avant-bras droit, une plaque très nette de sclérodermie. Cette plaque de forme ovale mesure 8 cm. de long sur 6 cm. de large. A son niveau, la peau est blanche, décolorée et présente un épaississement très net qui lui donne un aspect lardacé ; c'est en somme, une plaque typique de sclérodermie.

L'examen complet de la malade ne montre rien de spécial en dehors de son état nerveux. L'auscultation révèle seulement une respiration soufflante à droite et une légère matité au sommet gauche.

L'affection, nous l'avons dit, n'occasionne aucune douleur mais son extension à la face est redoutée.

Le traitement par la radiothérapie essayé ne donne aucun résultat sérieux.

Nous n'avons pas ici d'examen histologique quoi qu'il en soit, il nous est permis en nous basant sur les caractères cliniques exposés d'affirmer que nous nous trouvons en présence d'un cas de Morphee en gouttes, le-

quel ne peut se rattacher qu'à la sclérodermie, rien ne pouvant nous permettre d'argumenter en faveur du lichen.

Nous publions maintenant les dernières observations qui ont trait à des types de sclérodermie se rapprochant de la *Morphea guttata* ou bien prêtant à discussion.

Obs. IX. — Juliusberg. Un homme de 33 ans atteint de folliculite de la barbe présente sur le cou, la poitrine et les épaules, de petites taches blanches ou rouges centrées par un poil de la dimension d'une lentille ; la maladie avait commencé quatre ans auparavant et ne s'était accompagnée d'aucun trouble subjectif.

A l'examen microscopique, la couche cornée est plus épaisse à la périphérie qu'au centre, la couche granuleuse est irrégulière, le corps malpighien est aminci, la disposition papillaire a disparu. Le centre de la lésion est occupé par un follicule et entouré d'une infiltration bordant une zone centrale d'atrophie.

Cette observation de Juliusberg réalise une sclérodermie circonscrite du type Unna dans lequel on trouve au point de vue macroscopique, des taches blanches assez larges ne confluant pas entre elles.

La description histologique de ce type donné par Drew et que confirment les données de Unna sont les suivantes : tassement et mauvaise coloration du tissu conjonctif, légère raréfaction de ce tissu conjonctif, discrète infiltration cellulaire un peu plus abondante que dans le cas qui nous a servi de type siégeant dans

la couche papillaire du derme mais ne touchant pas à l'épiderme, brusque limitation des lésions, enfin hyperkératose de la couche cornée de l'épiderme.

Drew insiste sur le fait que les lésions touchent autant l'épiderme que le derme et qu'on a jusqu'ici trop négligé les lésions épithéliales dans ce syndrome.

Obs. X (Riecker). — Une femme de 50 ans, dont la peau paraît atteinte depuis 10 ans, présente sur l'abdomen et la poitrine des taches blanches non déprimées sauf les plus anciennes, avec une imperceptible dépression centrale.

Beaucoup d'entre elles sont recouvertes de croûte brune, aucune n'a de liseré rouge, il existe un prurit léger; elles ont une tendance au groupement et sont tantôt rondes, tantôt polygonales; elles ont une teinte d'un blanc éclatant comparable à l'ivoire et à l'albâtre.

Au microscope, nous voyons une couche cornée, épaissie, un corps muqueux aminci, une couche génératrice irrégulière semée de vacuoles, un épaissement de la couche papillaire, une extension horizontale des fibres connectives, un tissu élastique intact, une dilatation des vaisseaux et une infiltration périvasculaire.

Rieck fait remarquer que la plupart des cas de white-spot disease relève de la sclérodermie circonscrite, et en particulier les cas cités plus haut par Westberg, Johnston et Sherwell. Cependant quelques cas dénommés ainsi peuvent appartenir au lichen plan scléreux. Il voit malgré tout ici un cas de Morphée circonscrite. Ceci nous semble pourtant appeler des réserves et montrer com-

bien le diagnostic entre lichen plan atrophique et sclérodermie peut parfois être délicat. La teinte brune de certaines papules, leur forme polygonale, l'absence de lilac ring, sont des arguments qui nous font croire qu'au point de vue classique, il n'est pas permis de conclure à la sclérodermie. L'histologie par contre ne s'y oppose pas, bien qu'elle soit moins nette que dans les observations précédentes.

Nous croyons donc pouvoir dès à présent faire remarquer que la sclérodermie en plaques décrite par Unna et dont nous avons parlé se rapproche beaucoup de la Morphea guttata et peut sans difficulté être identifiée à celle-ci.

Voici une autre observation recueillie par Drew. Obs. XI (Drew). Une femme de 49 ans, traitée depuis 7 ans pour krausis vulvæ a présenté deux ans après le début de cette affection sur la clavicule droite, dans les creux sous-claviculaires et au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, des foyers de taches blanches de la dimension d'une pièce de deux francs environ. Il existe un foyer analogue au niveau du dos. Ceux-ci sont le résultat de la coalescence de petites lésions ayant la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois; les plus jeunes sont formées de lésions analogues bien séparées; les lésions primitives sont rondes ou ovales, blanches à peine saillantes, légèrement déprimées au centre, avec des écailles cornées, noirâtres, facilement détachables au grattage; correspondant probablement à des orifices folliculaires. Leurs limites sont nettes, il existe un pru-

rit léger et assez tenace. Les traitements variés institués ne donnent aucun résultat. L'extirpation des lésions sises sur le cou et le haut de la poitrine amène la guérison du prurit (et aussi des troubles subjectifs des lésions de Krausis non touchées chirurgicalement).

Il nous apparaît ici, que le cas est aussi caractéristique que ceux dont nous avons fait mention antérieurement, nous avons affaire à une variété de sclérodermie circonscrite du type Unna.

La disparition des lésions de Krausis coïncidant avec l'extirpation des taches pour intéressante qu'elle soit ne rentre pas dans le cadre de cette étude, c'est pourquoi nous ne cherchons pas à l'expliquer.

III. — DIAGNOSTIC

La Morphée en gouttes que nous rattachons à la sclérodermie peut-elle en général être différenciée du lichen plan atrophique ?

Après avoir tracé le tableau des différents cas de Morphée en gouttes dont nous avons eu connaissance et celui qu'il nous a été donné d'observer, deux questions se posent spontanément à notre esprit : à quoi l'identifions-nous ? peut-elle se différencier facilement des autres affections ?

Nous croyons que l'exposé des différentes observations de sclérodermie atypique dans lesquelles se retrouvaient point par point les caractères qu'on relève dans la *Morphea guttata* est suffisamment démonstratif pour que cette première question soit résolue.

Notre opinion, s'appuyant du reste, sur celles de dermatologistes qui font autorité, est nette, nous considérons la Morphée en gouttes comme une variété de sclérodermie. Nous basons notre opinion sur la limitation des plaques, leur tendance scléreuse primitive, leur

cornés sont très nombreux. Il y a guérison relativement rapide par le traitement électrique (haute fréquence), l'anurie, etc., avec atrophie cicatricielle.

Après avoir traité cette question primordiale du diagnostic entre Morphée et lichen plan, nous nous proposons d'aborder d'autres diagnostic différentiels d'un ordre secondaire il est vrai mais qui nous font entrevoir des idées nouvelles et inattendues.

Quant au lichen porcelainique, que nous avons décrit antérieurement et qui ne répond pas à cette description, qui constitue un type très rare, nous l'écartons de la Morphée en gouttes et de la sclérodermie pour le rattacher au lichen dont il constitue une très curieuse variété. Disons pour résumer que la Morphée en gouttes peut, à ses débuts, être confondue avec le lichen porcelainique, et qu'à sa phase d'atrophie elle peut être confondue avec le lichen plan atrophique aboutissant du lichen vulgaire.

Vitiligo ?

Nous avons lu un article de Brunscler paru dans le *British Journal of Dermatology Syphiligraphy* de 1918 et intitulé sclérodermie en gouttes et vitiligo. Dans celui-ci, on nous raconte le cas d'une jeune fille de 12 ans, ayant subi à l'âge de 6 ans, une épilation par les rayons X pour teigne et qui présentait depuis une ou deux plaques dépigmentées au cuir chevelu et au niveau desquelles les cheveux sont blancs ; de plus, on observe une trentaine de taches pigmentées sur le corps. Au centre de ces taches, se trouvait une papule très pigmentée

ressemblant à des nœvi pigmentaires, c'est ce qui en fait la particularité. La présence de nœvi pigmentaires au centre des lésions de vitiligo a déjà été signalée par Gulton (1910). Ici le diagnostic serait hésitant entre vitiligo, sclérodermie en gouttes et lichen plan atrophique (mais, ajoute l'auteur de l'article, on ne trouve nulle part de papules typiques de lichen plan). Cette dernière affection ayant été éliminée, nous n'y reviendrons pas, nous nous bornerons à retenir la question du diagnostic entre sclérodermie et vitiligo. Nous trouvons signalée dans les formes cliniques de ce dernier, la présence de productions verruqueuses pigmentées au centre de quelques taches ; la nature de ce vitiligo péri-nœvique ou leucoderma centrifugum et ses relations avec le vitiligo ordinaire sont inconnues. Pourtant le diagnostic entre ces deux affections est d'ordinaire facile.

D'ailleurs dans cette observation il n'est pas fait mention du caractère des plaques, nous ignorons si elles ont un aspect lardacé, un lilac ring, de plus l'histologie dont nous concevons l'importance fait défaut. Notons qu'on a signalé avec le prurigo, la sclérodermie, le lichen plan, l'existence de vitiligo, faits qui tendent encore à rendre plus difficiles notre diagnostic que nous n'aurons pas la prétention de résoudre au moyen d'une seule observation. Nous nous contentons d'agiter la question pour élargir le champ des discussions sur la Morphée en gouttes.

Un cas de Darier publié en 1882 était encore plus litigieux vu son absence de signes pathognomoniques.

De plus Petges a montré avec Dubreuil (1907) que parfois le lichen plan scléreux à terminaison atrophique pouvait simuler la Morphée en plaques circonscrites. Dans un cas, il présentait en outre une absence notable de prurit, seule la présence de deux ou trois papules de lichen à peine reconnaissable aiguilla le diagnostic.

Nous croyons avoir suffisamment prouvé combien le diagnostic pouvait être subtil dans certains cas.

Nous pouvons néanmoins affirmer :

En grande majorité la Morphée et le lichen plan scléreux ont leurs caractères différentiels nets qui permet de les distinguer malgré leurs points communs.

Que la constatation de lésions typiques soit de lichen, soit de sclérodermie aide singulièrement.

Que la question de terrain doit aussi être prise en considération. Qu'enfin un examen histologique soigné permet souvent de lever tous les doutes.

Ceci posé, résumons quels sont les caractères de la sclérodermie et du lichen plan scléreux atrophique.

Les sclérodermiques sont surtout des femmes jeunes, ayant des antécédents fréquemment entachés de tuberculose. Leurs lésions se localisent au cou, à la nuque, sur les épaules et sur le haut de la poitrine et n'occasionnent pas de prurit ou très peu, elles sont discrètes et n'ont pas de tendance à la coalescence. La peau voisine est saine sans transition. Le contour des éléments est net, leur fond est déprimé, doux au toucher, ils sont blancs, nacrés ou ivoire et cerclé par un liseré rose vio-

lacé. A leur surface il n'existe pas de quadrillage. Les dépressions punctiformes et les bouchons cornés y sont en petit nombre. L'atrophie est précoce. La coexistence de sclérodermie en plaque ou en bande est fréquente. Le microscope révèle une sclérose du derme avec son amas cellulaire autour des vaisseaux ou des follicules, hyperkératose et les bouchons cornés sont possibles mais discrets. Il y a atrophie du corps muqueux malpighien.

La résistance prolongée aux agents thérapeutiques se remarque. L'atrophie est peu accusée après la guérison.

Les licheniens. Pour ce qui est du lichen vulgaire aboutissant au lichen atrophique sont souvent au contraire des sujets *âgés*, ayant des antécédents arthritiques ou nerveux. Les localisations des lésions sont variables, le prurit est fréquent. Les lésions sont multiples et ont tendance à la coalescence, sur leurs bords, il existe une poussière papuleuse avec parfois des papules typiques de lichen plan. Leurs contours sont irréguliers (polygonal et imprécis). Ils ne sont pas cerclés d'un liseré ou s'il existe, il est rose pâle.

La lésion est saillante, papuleuse, au début et à la période d'état. La couleur des taches est fauve, brune foncée à cette même période et blanche à celle d'atrophie. Leur surface est quadrillée avec exagération des plis, criblée de dépressions punctiformes et de bouchons cornés. L'atrophie est circonscrite, secondaire à des lésions papuleuses. Il y a coexistence fréquente de lichen plan cutané ou buccale. On note une infiltration cellulaire épidermo-dermique, de l'hyperacanthose, les bouchons

atrophie précoce, leur dureté relative, leur blancheur éclatante, enfin leur liseré violacé.

L'histologie des lésions étudiées a tous les caractères de la sclérodermie sauf l'hyperkératose et les bouchons cornés qui peuvent, nous le répétons, se retrouver dans celle-ci. Rien ne nous empêche donc de conclure à cette dernière.

Mais une autre question se pose : pouvons-nous toujours différencier la Morphée du lichen plan atrophique ?

Nous avons vu par les critiques dont nous avons fait suivre nos observations que le diagnostic peut très souvent être fait. Parfois cependant, il reste très délicat.

Les observations publiées à ce sujet par Hallopeau en font foi. Nous nous contenterons de citer l'une d'elles.

Obs. — Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique. La lésion constatée par Hallopeau débute par un point noir, saillant, donnant une sensation de râpe, qui s'entoure d'une aréole rouge clair et fusionne avec les lésions voisines ; à ce moment, le prurit apparaît. Les saillies noirâtres tombent au bout de quelques mois et la plaque éruptive se décolore.

Le malade qui présentait ces lésions est d'une bonne constitution mais nerveux et excitable.

A l'avant-bras, les plaques ont des limites nettes à pourtour légèrement déprimé par rapport aux parties saines. Les plis de la peau sont exagérés, il y a un très grand nombre de dépressions punctiformes. Les parties séparées de ces plis forment de petites plaques bril-

lantes à contours irrégulièrement polygonaux. Sur la plus grande plaque, il y a un très grand nombre de saillies comédoniennes semblables à celles que le malade porte à l'avant-bras.

L'épiderme desquamé légèrement dans une interstice, leur pourtour coloré simule le lilac ring des plaques de Morphée cependant leur teinte n'est pas violette mais rosée.

A 8 centimètres au-dessus de cette plaque, se voient des lésions du volume d'une lentille, légèrement saillantes et criblées de comédons.

Notons l'existence de lésions buccales.

Obs. II de Hallopeau. — Une femme de 58 ans est porteuse de taches pâles entourées de cercles rouges, décolorées, lisses, brillantes, résistantes au toucher, comme parcheminées, saillantes, criblées de petites dépressions punctiformes avec exagération des plis, évoluant vers l'affaissement des papules et leur atrophie, avec prurit léger.

L'examen histologique, comme plus haut, nous fait défaut.

Dans l'observation I, le lilac ring qui n'est pas violacé comme dans la Morphée, le siège des lésions, le point de départ des lésions et surtout la coexistence des lésions buccales nous font plutôt penser au lichen plan scléreux, mais dans l'observation II, l'existence du prurit, l'état papuleux et brillant des lésions, le grand nombre de dépressions punctiformes ont fait faire à Bernier le diagnostic de lichen plan, diagnostic assez contestable.

Lèpre ?

Voici encore un autre sujet de recherche. Nous avons pris connaissance d'un article de Milian et de Delarue, ayant pour titre : *Morphea atrophica*, son origine lépreuse possible. Nous savons, en effet, que la guérison des lésions de Morphée crée des lésions de couleur blanc mat, atrophiques, lisses, dépilées, cupuliformes, souples et douces. C'est cet aspect que l'on est convenu d'appeler Morphée atrophique. Dans l'article dont nous parlons on tend à l'assimiler à la lèpre. Ici encore un examen histologique serait souhaitable et la présence de bacille de Hansen constituerait un argument majeur qu'on ne peut nous fournir. Nous rappelons aussi que dans la Morphée atrophique, l'anesthésie n'existe pas, les autres signes de lèpre, rhinites, névromes, etc., ne nous semblent pas avoir été observés. Ce qui rend la question de lèpre douteuse.

IV. — DE L'ÉTIOLOGIE

L'étiologie de la Morphée en gouttes et sa pathogénie sont obscures, nous n'en disconvenons pas. Cependant il nous est permis de chercher à savoir quelles sont les causes de l'affection dans le plus grand nombre des cas ; nous parlerons aussi des causes peu communes et variées qui sont relatées par quelques auteurs.

Nous faisons de nouveau remarquer que le terrain le plus habituel de la Morphée se trouve chez les femmes jeunes. Dans les antécédents de celles-ci il est fréquent de trouver des accidents d'origine bacillaire, certains même se demandent s'il ne s'agit pas là d'un processus tuberculeux, non point dans le sens local mais comme l'entend Poncet, dans le sens de tuberculose inflammatoire. Cette idée d'ailleurs n'est pas nouvelle et a été soutenue par un certain nombre de dermatologistes dont Besnier, Hallopeau, Brocq et Veillon, Mulgilsen, Milian, etc. C'est la cause la plus communément invoquée. Cependant au hasard des observations qui traitent de la sclérodermie, quelle diversité ne trouve-t-on pas en fait d'étiologie.

Apert, Broc et Rousseau dans les *Bulletins et Mémoires*

CONCLUSIONS

Nous nous croyons autorisé à conclure de cette étude :

1° Que le terme de Morphée dans le sens où nous l'entendons n'a eu sa signification que vers la fin du xix^e siècle et ne ressemble nullement à la Morphée ancienne.

2° Que la Morphée en gouttes est une variété de sclérodermie, qu'il est facile de la confondre avec le lichen plan scléreux atrophique, ou avec le lichen porcelainique, que la présence de dépressions punctiformes, d'hyperkératose et de bouchons cornés est compatible avec le diagnostic de sclérodermie et que l'histologie des lésions associées aux caractères cliniques nous permet toujours de la séparer du lichen plan scléreux ou porcelainique.

3° Que la plupart des observations de white spot disease se rattachent à la Morphée en gouttes et qu'il serait souhaitable que le terme s'appliquât uniquement à cette affection.

V. — QUELQUES REMARQUES SUR LA TERMINOLOGIE

Nous allons maintenant nous demander si tous les termes appliqués à la Morphée en gouttes sont bien employés uniquement pour désigner cette affection et si leur dénomination répond bien à ce que nous en avons appris.

Rappelons que Unna, en 1894, l'a décrite sous le nom de Kartenblattäeniche et nous avons pu voir dans une des observations que nous avons exposées combien la sclérodermie en plaques ainsi dénommée par Unna s'identifiait à la Morphea.

Autrement intéressant est le terme de « white spot disease » employé par les auteurs américains. Petgès pense pouvoir le rattacher à la Morphée surtout au moins avec la plupart des cas décrits sous ce nom. Cela nous apparaît vrai dans le plus grand nombre des cas mais il faut cependant faire remarquer que cette expression a désigné parfois le lichen plan atrophique. Comme le fait observer Drew le terme de white spot est vague et le nom de taches blanches disséminées peut aussi bien être donné aux leucodermies quelconques qu'à certains nævi

(noëws américains par exemple) qu'au vitiligo, qu'à la lèpre anesthésique ainsi qu'au lichen plan scléreux.

« La dénomination de « white spot disease » dit Petges est imagée, excellente au point de vue symptomatique car elle peint bien le caractère le plus frappant et le plus vite saisi de la sclérodermie en gouttes, nous proposons donc qu'il soit réservé à celle-ci ».

Le terme de Morphée lui-même sans avoir une signification aussi vaste et peu précise que jadis n'est encore pas extrêmement limité comme emploi si nous en croyons Branson qui prétend que ses idées sur la Morphée ont été modifiées par sa visite au Congrès de Londres 1912. Les Anglais qualifiant selon lui la Morphée, les atrophies circonscrites de la peau.

En résumé, nous retiendrons :

Que le terme de Morphée en gouttes désigne selon les auteurs français la sclérodermie en gouttes.

Que le terme de white spot disease lui est le plus souvent identifié avec la même signification et qu'il serait souhaitable que celle-ci lui soit exclusive.

de la Société médicale des Hôpitaux de Paris (1908) publie un cas observé chez un enfant de douze ans, sur lequel il avait vu se développer une sclérodermie concurremment à des arthropathies du type Poncet à tendance ankylosante.

Petges et Clijat dans les *Annales de Dermatologie et de Syphyligraphie* nous font connaître un cas de sclérose atrophique de la peau coïncidant avec une myosite généralisée.

Récemment, Petges a observé trois malades atteintes de sclérodermie en plaques et en bandes présentant des signes pulmonaires ou ganglionnaires de tuberculose à évolution lente. L'une de ces malades âgée de 35 ans cohabitait depuis 14 ans avec un mari ayant de la tuberculose génitale, porteur d'un écoulement urétral purulent et continu, avec présence intermittente de bacilles de Koch constatée à l'occasion de l'ouverture d'un abcès de la prostate : les deux conjoints sont atteints d'une bacillose chronique atténuée.

Dans l'observation I, il s'agit d'une jeune fille de 25 ans ayant présenté à l'âge de 8 ans la rougeole dont on connaît l'influence tuberculique et dotée d'antécédents héréditaires tuberculeux très graves.

L'observation III signale l'existence d'une coqueluche et d'une rougeole quelque temps avant le début des lésions chez une femme de 40 ans dont un frère mort bacillaire et un autre atteint du même mal.

Dans l'observation IV c'est un malade de 55 ans qui a également eu une rougeole grave à l'âge de 17 ans.

La malade de l'observation V est une jeune fille de

12 ans qui a vu ses lésions débiter deux ans après une coqueluche et une rougeole grave.

Nous voyons que dans toutes les observations que nous avons trouvées et mises dans cette thèse, la tuberculose apparaît nettement comme le facteur étiologique le plus puissant ou tout au moins, les maladies infectieuses.

Nous avons aussi des facteurs d'un autre genre. Certains auteurs, parmi ceux-ci Dupré et Kahn, ont attiré l'attention sur la relation possible entre les insuffisances glandulaires et la sclérodermie. Ils relatent un cas de sclérodermie et de maladie de Reynaud, syndrome polyglandulaire.

Dawis a observé des lésions scléro-atrophiques du type Morphée évoluant depuis 18 mois chez une femme atteinte de myxœdème depuis 14 ans et prenant régulièrement des comprimés de thyroïdine.

Buncke publie un article sur la coexistence du goître exophtalmique et de la sclérodermie.

Hirtz parle d'un malade atteint de sclérodermie hypertrophique diffuse avec périarthrite coxofémorale et névrite sciatique.

Donc tour à tour, tuberculose, maladie infectieuse, insuffisance glandulaire, diathèse rhumatismale, phénomènes nerveux et même traumatisme sont invoqués. Devant cette diversité de faits, il est raisonnable de conclure à l'étiologie primordiale tuberculeuse nous apparaissant comme de beaucoup la plus fréquente, nous ne saurions avoir une opinion sur les autres, il faudra pour cela accumuler les observations et se livrer à de patientes recherches.

4° Que nous pouvons toujours habituellement nous prononcer sur le diagnostic entre Morphée en gouttes et vitiligo et lèpre, mais que ce diagnostic est en général exceptionnel.

5° Que les sujets atteints de Morphée en gouttes sont très souvent des sujets prédisposés à la tuberculose, et que les troubles endocriniens nous paraissent jouer aussi un rôle non négligeable.

6° Que les traitements par la radiothérapie, l'électrolyse et les extraits thyroïdiens ont paru plusieurs fois utiles.

Vu, le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse

GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

APERT, BRAC et ROUSSEAU. — Sclérodermie avec arthropathies ankylosantes et atrophie musculaire chez un enfant de 12 ans (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1908).

BROCQ. — *La Pratique dermatologique*.

BRONNON. — Un cas de Morphée (*New-York of Dermatological Society*. Séance du 27 avril 1897).

BUNCH. — White spot disease vitiligo (*The British Journal of Dermatology and Syphyliography* (octobre-décembre, 1918).

GUSTAVE BUREAU. — Observation de Morphea guttata.

DARIER. — *Précis de Dermatologie*.

DARIER. — Lichen plan scléreux (*Annales de Dermatologie et syphyliographie*, 1892).

DARIER. — Sur un nouveau cas de lichen de Wilson scléreux (*Annales de Dermatologie et Syphyliographie*, 1898).

DAWIS. — *Proceedings of the Royal Society of Médecine*, novembre 1919, cas of white spot disease.

DAWIS. — Lésions scléro atrophiques du type morphée évoluant depuis 28 mois chez une femme atteinte

de myxœdème depuis 14 ans et prenant régulièrement des comprimés de thyroïdine.

DECHAMBRE. — *Dictionnaire de médecine.*

DOM SAUTON. — *La léprose.*

DUBREUIL et BARGUES. — La Lèpre de la Bible (*Annales de Derm. et Syph.* (1914-15).

DUBREUIL et BARGUES. — Sclérodermie après un accident (*Annales de Derm.* (1927).

W. DUBREUIL et PETGES. — Lichen plan atrophique (*Annales de Derm. et de Syph.*, (1898).

DUPRÉ et KAHN. — Sclérodermie et maladie de Reynaud syndromes polyglandulaires (*Bulletin et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1909).

DU GANGE. — *Glossariæ et infimæ latinitatis.*

GOUGEROT. — Lichen porcelainique (*Paris Médical*, 1916).

HALLOPEAU. — Lichen plan scléreux (*Annales de Derm. et de Syph.*, 1889).

HALLOPEAU. — Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique (*Annales de Derm.* 1896).

HIRTZ. — Sclérodermie hypertrophique diffuse avec périarthrite coxo-fémorale et névrite sciatique (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1906).

W. ALLAN JAMIESON. — Morphea guttata (*W. sclérodermia Ikonomographia dermatologica* de Neisser et de Jacoli. Fasc. V, planches xxxvi-xliii, p. 199).

R. JULIUSBERG. — Ueber Ode « White spot » (*Dermatologische Zeitschrift*, décembre 1908).

MEYER. — Sclérodermie et rhumatisme (*Mémoire de la Société de Médecine de Strasbourg*, 1887).

MILIAN et DELARUE. — Morphea atrophica. Son origine lépreuse possible (*Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Séance du 7 avril 1927).

PETGES. — *Annales de Dermatologie et de Syph.* 1913). La Morphée en gouttes et le « white spot disease ».

PETGES et CLIJAT. — Sclérose atrophique de la peau et myosite généralisée (*Annales de* 1906).

SABOURAUD. — Sur quelques points d'anatomie pathologique du lichen plan. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1910).

E. RIECKE. — Zur Kessutrin des Werasflesken Krankheit (white spot disease). (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1909).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
I. — Historique.....	11
II. — Tableau clinique et anatomo-pathologique de la Morphée en gouttes	18
a) <i>A quelle affection pouvons-nous penser rattacher la Morphée.....</i>	<i>25</i>
b) <i>La sclérodermie.....</i>	<i>25</i>
c) <i>Le lichen plan atrophique.....</i>	<i>27</i>
d) <i>Quelques cas de sclérodermie atypique</i>	<i>31</i>
e) <i>Quelques observations de Morphée dite en gouttes....</i>	<i>35</i>
III. — Diagnostic.....	49
a) <i>La Morphée en gouttes que nous rattachons à la sclé- rodermie peut-elle, en général, être différenciée du lichen plan atrophique</i>	<i>49</i>
b) <i>Vitiligo ?</i>	<i>54</i>
c) <i>Lèpre ?</i>	<i>56</i>
IV. — De l'étiologie	57
V. — Quelques remarques sur la terminologie	60
VI. — Conclusions.....	63
VII. — Bibliographie.....	65
